

文京区乳幼児ショートステイ事業の利用に関する申出書

文京区長 殿

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____ (_____) _____

文京区乳幼児ショートステイ事業の利用について、以下の事由により、利用が必要なため、申し出ます。
なお、利用申請にあたり文京区が利用事由の確認のため、医療機関へ照会することに同意いたします。

利用事由	
病名・症状等	(病名)
	(症状・治療状況等) ※差し支えない範囲で具体的にご記入ください。
利用予定期間	
上記期間の利用が必要な理由	※保護者・親族等が養育できない理由をご記入ください。

<医療機関名称等>

医療機関名	
住 所	
連絡先	
主治医	